

Informazioni sull'altro figlio minorenni (Domanda)Da compilare quando il Richiedente ha **più di due (2) figli** con la Controparte indicata in questa domanda.

Inviare il modulo LDSS-5143

Nome del figlio minorenni # Primo Secondo Cognome Suffisso SSN/ITIN Genere Femmina Maschio Non-binario/altro Data di nascita (mese/giorno/anno) Data del parto **Nome del Genitore**Genitore 1 Primo Secondo Cognome Genitore 2 Primo Secondo Cognome **Luogo di nascita del figlio minorenni**Ospedale Città Stato Paese **Relazione della Controparte con il figlio minorenni** Genitore Genitore acquisito Genitore presunto Genitore adottivo**Stato civile dei genitori**

I genitori sopra elencati erano sposati al momento della nascita del figlio o successivamente?

 Sì, tra di loro Sì, ma non tra di loro No Non soSe **Sì, tra di loro**, andare alle domande sulle **Informazioni sul provvedimento di mantenimento**. Altrimenti, andare alle domande sull'**Accertamento della filiazione**.**Accertamento della Filiazione**

Com'è stata accertata la filiazione?

 Sì - Rispondere alle domande sull'**Accertamento della filiazione**. No - Andare alle domande **sullo Stato di giurisdizione**.
Non è necessario rispondere alle domande **sullo stato di giurisdizione**. Sconosciuto - Andare alle domande **sullo Stato di giurisdizione**.

Com'è stata accertata la filiazione?

 È stata accertata in Tribunale Nome del Tribunale Riconoscimento di paternità/filiazione su Accordo di maternità surrogata/riproduzione assistita

In quale contea, stato e paese è stata accertata la filiazione?

Contea Stato Paese Dove è stato concepito il bambino? Stato Paese **Stato di giurisdizione**Il genitore presunto/adottivo ha coperto le spese prenatali o ha fornito il mantenimento per il figlio minorenni? Sì No Non soIl genitore presunto/adottivo risiede con il figlio minorenni nello Stato di New York? Sì No Non soIl figlio minorenni risiede nello Stato di New York sulla base di atti o direttive del genitore presunto/adottivo? Sì No Non so**Informazioni sul provvedimento di mantenimento**Esiste un provvedimento di mantenimento per il figlio minorenni? Sì No Non so Se, "Sì" qual è la data del provvedimento? L'assicurazione sanitaria è prevista? Sì No Non so**Importo dell'obbligo**\$ Settimanale Ogni due settimane Mensile Due volte al mese Altro **Tribunale che ha emesso il provvedimento** Famiglia Corte suprema Altro Contea Stato Paese **Informazioni sulla copertura sanitaria**Il figlio minorenni ha una copertura sanitaria? Sì No Non soSe, "Sì" identificare il tipo di copertura: Privata - Andare alle domande sulle **Prestazioni dell'assicurazione sanitaria**. Pubblica - Andare alle domande sulla **Copertura sanitaria pubblica**.**Prestazioni dell'assicurazione sanitaria**

Chi fornisce la copertura sanitaria privata del figlio minorenni?

 Genitore affidatario Tutore Genitore non affidatario/Genitore presunto/adottivo Genitore acquisito Non so AltroNome della Compagnia assicurativa Polizza # Gruppo # Via Piano/Apt./Suite Città Stato ZIP **Copertura sanitaria pubblica**

Indicare il tipo di copertura sanitaria pubblica:

 Medicaid Child Health Plus (CHPlus) Contributo mensile CHPlus: \$ Altro